

WCZESNIEJSZE obserwacje^{2,5} wykazały, że u większości dzieci z afakią, zastosowane we wczesnym okresie pooperacyjnym soczewki kontaktowe, w przypadkach zaćmy wrodzonej obustronnej operowanej w pierwszych latach życia oraz w przypadkach zaćmy pourazowej niepowikłanej, powodowały odzyskanie prawidłowego stanu czynnościowego oka bezsoczewkowego, wytworzenie centralnej fiksacji siatkówkowej, obuocznego widzenia i poprawę ostrości widzenia. Natomiast u dzieci z bezsoczewkowością po usunięciu zaćmy wrodzonej jednostronnej i operowanych w wieku starszym, a tym samym pozbawionych przez dłuższy czas właściwej korekcji optycznej oraz u dzieci z towarzyszącymi zaćmie wadami wrodzonymi, zastosowanie soczewki nagałkowej korekcyjnej nie dało pozytywnego wyniku leczniczego.

Celem poprawy u tych dzieci funkcji układu wzrokowego wprowadzono w Wojewódzkiej Przychodni Okulistycznej w Katowicach leczenie skojarzone, polegające na równoczesnym stosowaniu soczewki kontaktowej korekcyjnej oraz systematycznych ćwiczeń pleoptyczno-ortoptycznych.

Leczeniem objęto 244 dzieci, z bezsoczewkowością pourazową (183) i wrodzoną (61), w wieku od 1 roku do 16 lat.

Po przeprowadzeniu badań okulistycznych, obejmujących wyrównanie wady refrakcji, ocenę krzywizny i promienia rogówki, badanie przedniego i tylnego odcinka gałki, oznaczenie kąta zeza, badanie fiksacji siatkówkowej i obuocznego widzenia, zastosowano miękką soczewkę kontaktową korekcyjną o odpowiednich parametrach. Po wymaganym okresie adaptacyjnym przystępowano do ćwiczeń pleoptyczno-ortoptycznych. Przeprowadzono je od kilku miesięcy do kilku lat, w 50% przypadków ponad 5 lat, w zależności od stopnia niedowidzenia i nieprawidłowości fiksacji siatkówkowej.

W trakcie leczenia u wszystkich dzieci z ostrością wzroku poniżej 5/5 zalecano zasłanianie oka prowadzącego. W każdym przypadku wykonywano ćwiczenia pleoptyczne celem uzyskania lub utrwalenia fiksacji siatkówkowej centralnej. Do ćwiczeń obuocznego widzenia zakwalifikowano 180 dzieci powyżej 4 lat, które w trakcie ćwiczeń pleoptycznych uzyskały siatkówkową fiksację plamkową. Leczenie prowadzono systematycznie, powtarzając ćwiczenia kilkakrotnie w ciągu roku. Dzieci kontrolowano co 2 miesiące, określając fiksację siatkówkową za pomocą wizuskopu, obuoczne widzenie na synoptoforze, za pomocą testów *Wortha* i polaryzacyjnego oraz równoległe ustawienie oczu. Oznaczano także każdorazowo ostrość wzroku z korekcją okularową i z korekcyjną soczewką nagałkową. Część spośród leczonych dzieci poddano operacji zeza, w przypadkach kiedy kąt zeza był większy od 10° w soczewce kontaktowej, a ostrość wzroku wynosiła powyżej 0,2.

W wyniku zastosowanej rehabilitacji pooperacyjnej obserwowano u większości dzieci poprawę funkcji układu wzrokowego. Użyteczną ostrość wzroku powyżej 5/16

STEFANIA SZYMKIEWICZOWA
i ANNA KORZEKWA

Usprawnianie funkcji układu wzrokowego u dzieci z bezsoczewkowością

THE IMPROVEMENT OF FUNCTION OF THE VISUAL SYSTEM IN CHILDREN WITH APHAKIA

Systematic reeducation by pleoptyc-orthoptyc exercises was performed in children with posttraumatic and congenital aphakia for the improvement of the visual acuity, the obtainment of normal retinal fixation and binocular vision. The treatment comprised 244 children aged 1-16 years who were formerly given a correcting contact lens on the aphakic eye. In the result of rehabilitation a visual acuity of over 5/16 was attained in 79.5 per cent of cases, a normal retinal fixation in 73.77 per cent and the binocular vision in 46.31 p.c. Better results were obtained after treatment of a posttraumatic cataract, poorer results after extraction of a congenital cataract.

HASŁA: dzieci, zaćma urazowa i wrodzona, bezsoczewkowość, niedowidzenie, rehabilitacja

KEY WORDS: children, traumatic and congenital cataract, aphakia, amblyopia, reeducation

stwierdzono u 173 dzieci z bezsoczewkowością pourazową i 21 dzieci po usunięciu zaćmy wrodzonej, co stanowiło 79,51% przypadków (tab. I).

Tabela I

Ostrość wzroku	Zaćma urazowa	Zaćma wrodzona	Razem	
			n	%
5/5-5/7	86	3	89	79,51
5/8-5/10	70	10	80	
5/12-5/16	17	8	25	
≤5/25	10	49	50	20,29
Razem	183	61	244	100,00

Prawidłową fiksację siatkówkową uzyskało 164 dzieci z bezsoczewkowością pourazową i 16 dzieci z afakią wrodzoną, tj. 73,77% wszystkich leczonych.

Tabela II

Stan obuocznego widzenia	Zaćma urazowa	Zaćma wrodzona	Razem	
			n	%
Percepcja	8	3	11	46,31
Percepcja + fuzja	24	2	26	
Percepcja + test polaryzacyjny	28	1	29	
Percepcja + test <i>Wortha</i>	14	-	14	20
Test polaryzacyjny	16	4	20	
Test <i>Wortha</i>	13	-	13	
Brak obuocznego widzenia	70	11	81	33,20
Nieoznaczony	10	40	50	20,49
Razem	183	61	244	100,00

Obuoczne widzenie obserwowano u 103 dzieci z bezsoczewkowością pourazową i u 10 po usunięciu zaćmy wrodzonej, czyli w 46,31% przypadków (tab. II).

Równoległe ustawienie oczu uzyskano u 122 dzieci z bezsoczewkowością pourazową i u 24 dzieci po zabiegu zaćmy wrodzonej, tj. w 59,84% przypadków (tab. III).

Tabela III

Ustawienie oczu	Zaćma urazowa przed po leczeniu		Zaćma wrodzona przed po leczeniu		Razem po leczeniu	
					n	%
Równoległe	76	122	8	24	146	59,84
Zbieżne	69	42	31	25	67	27,46
Rozbieżne	38	19	22	12	31	12,70
Razem	183	183	61	61	244	100,00

Powyższe wyniki wskazują, że w rehabilitacji dzieci po usunięciu zaćmy wrodzonej i urazowej, z występującym często niedowidzeniem, decydującym czynnikiem w uzyskaniu sprawności układu wzrokowego jest wczesna aplikacja szkła nagałkowego korekcyjnego, obturacja oka prowadzącego oraz ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne. Zastosowanie skojarzonego leczenia umożliwiło wyrównanie wady wzroku oka afakijnego, zniesienie różnowzroczności oraz podniesienie sprawności czynnościowej plamki żółtej, uzyskanie fiksacji siatkówkowej, fuzji, utrwalenie obuocznego widzenia. Lepsze wyniki obserwowano u dzieci po leczeniu zaćmy urazowej, gorsze po usunięciu zaćmy wrodzonej. O wynikach decy-

dowały: zależność ostrości wzroku od wieku dziecka w chwili usunięcia zaćmy, jej umiejscowienie i zaawansowanie, współistnienie anomalii rozwojowych, czas ukończenia leczenia po zabiegu i okres rozpoczęcia rehabilitacji pooperacyjnej.

Jakkolwiek w piśmiennictwie doniesienia na powyższy temat są nieliczne, to jednak wszyscy autorzy zgodnie podkreślają ważność wdrażania leczenia skojarzonego. Akcentują przy tym konieczność usuwania zaćmy wrodzonej w bardzo wczesnym okresie życia dziecka, stacjonarnie wraz z matką zaopatrzenie dziecka w soczewkę korekcyjną, najlepiej tzw. *extended wear contact lens* oraz równoczesne leczenie niedowidzenia za pomocą ćwiczeń pleoptyczno-ortoptycznych^{1,3-7}.

PIŚMIENNICTWO

1. Ellis P.: Extended wear contact lenses in young children: Some thoughts after six years. *Contactologia* 3: 141-146 (1981).
2. Korzekwa A.: Zastosowanie soczewki kontaktowej wodochłonnej u dzieci z afakią pourazową i wrodzoną. Praca doktorska, AM Katowice (1984).
3. Noorden G. K.: Congenital cataracts. *Austr. J. Ophthalmol.* 7: 79-89 (1979).
4. Rice N. S. C.: The management of cataracts in infants. *Austr. J. Ophthalmol.* 7: 75-78 (1979).
5. Rogers G. L.: Extended wear silicone contact lenses in children with cataracts. *Ophthalmology* 87: 867-870 (1980).
6. Schlote H. W., Schwarz G.: Probleme der Kontaktlinsenkorrektur bei kindlichen Aphakien. *Augenoptik* 5: 141 (1986).
7. Schulze F.: Moderne Trends in der Kontaktologie und in der operativen Korrektur von Refraktionsanomalien. *Augenoptik* 5: 130 (1986).
8. Szymankiewiczowa S.: Ocena stosowania soczewki kontaktowej korekcyjnej u dzieci po usunięciu zaćmy wrodzonej. *Klin. oczna* 88: 85-86 (1986).

Praca wpłynęła: 3.4.1987 (nr 5112).

Praca wygłoszona na II Sympozjonie Okulistyki Dziecięcej w Zakopanem, 1987

Z Wojewódzkiej Przychodni Okulistycznej WZPS w Katowicach, kierownik: doc. dr med. Stefania Szymankiewiczowa

Reprint requests to: Doc. dr med. Stefania Szymankiewiczowa, ul. Kukulek 36, 40-533 Katowice, Poland